Über

die Coincidenz von Psoriasis mit Ichthyosis.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Manuel Zamoschin

aus

Philadelphia U. S. A.

STRASSBURG i. E.
Elsass-Lothr. Druckerei, Abtlg. Mühl & Cie., Kinderspielgasse 20.
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg.

Referent: **Prof. Dr. Wolff.**

Dass Psoriasis neben anderen Hautkrankheiten an demselben Patienten angetroffen wird, ist eine bekannte Tatsache. Sämtliche lokale, wie allgemeine Infektionskrankheiten können den Psoriatiker befallen. Akute Krankheiten bewirken manchmal einen vorübergehenden Rückgang der Krankheit. Chronische verlaufen parallel mit ihr, ohne ihren Efflorescenzen ein besonderes Gepräge zu verleihen. Es ist selbstverständlich, dass die lokalen infektiösen Prozesse in demselben Verhältnis Psoriatiker und Gesunde befallen können, dass sie also häufig angetroffen werden müssen. Der Psoriatiker besitzt keine Immunität, er wird Syphilis z. B. acquirieren, wie ein normaler Mensch und die Hauterscheinungen dieser Infektionskrankheit verlaufen gewöhnlich bei ihm mit denselben Eigenschaften, die sie beim normalen Menschen auch zeigen. Eine Ausnahme bilden dagegen einige Formen von infektiösen, entzündlichen Prozessen, wie das sogenannte seborrhoische Eczem z. B., bei welchem von richtigen Kombinationsbildern gesprochen werden kann. Sie wirken wie eine äusserliche Schädlichkeit und können beim Psoriatiker eine spezifische Reaktion, die sich durch das Auftreten von psoratischen Efflorescenzen an den gereizten Stellen kundgibt, auslösen. Sie wirken wie das Ritzen der Haut, wie einfache Traumata, wie sie von den Experimenten von Köbner, Wutzdorf u. a. her bekannt sind.

Die dadurch entstehenden Effloreszenzen sind objektiv sehr schwer zu differenzieren, sodass es manchmal schwer wird, festzustellen, was der Psoriasis, was dem Eczem angehört. Nur die genaue Betrachtung des Verlaufs, die Lokalisation, die Entstehungsweise der Effloreszenzen wird da zur präzisen Diagnose mithelfen.

Anders verhält es sich mit nicht infektiösen Prozessen, wie z. B. gerade bei der Ichthyosis, bei welcher es sich weniger um eine Krankheit, als um eine abnorme Entwicklung der Epidermis handelt. Bei Psoriasis, wie bei Ichthyosis handelt es sich um Erkrankungen, welche in keinem Zusammenhang stehen und von welchen die ersteren keinen Menschen befallen wird, der die angeerbte Disposition zur Psorialis nicht besitzt, die letztere ebenfalls nur bei solchen Leuten angetroffen wird, welche durch die Gesetze der Heredität belastet sind. Daher die verhältnismässige Seltenheit des Zusammentreffens beider Affektionen. Zweck unserer Arbeit ist festzustellen, ob dieses Zusammentreffen in der Tat so selten ist, wie es manche Autoren angegeben haben, oder ob dieses häufiger vorkommt.

Wir wollen zuerst eine kurze Beschreibung der uns interessierenden Krankheiten vorausschicken.

Mit dem Namen Psoriasis, vom Griechischen Psora herrührend, wurden von den Ärzten des Altertums alle möglichen schuppenden Hautkrankheiten in ganz unbestimmter Weise bezeichnet.

So nannten Hypokrates, Galenus und Aetius unter anderem die schuppigte Erkrankung der Augenlider und Augenwinkel sowie des Skrotums, die mit starkem Jucken und Exkoriationen verbunden war, Psoriasis. Diese Autoren hielten einen Urin, in dem sich ein flockiges oder kleienartiges Sediment absetzte, für einen Psoriatiformen Urin, indem sie annahmen, dass die

Blase innerlich mit einer schuppigten Erkrankung — einer Psoriasis — befallen war. Die Ärzte des Mittelalters suchten bereits mit dem Namen Psoriasis ein genaueres, in sich abgeschlossenes Krankheitsbild zu bezeichnen, in dem sie nicht jede beliebige schuppigte Krankheit als Psoriasis bezeichneten. Celsius hat die Beschreibung der Psoriasis in dem Sinne gegeben, dass er sie für ein Species der Impetiginösen Eczeme hielt. Die uns am nächsten liegende Auffassung der Psoriasis als eigene Erkrankung hatten bereits im Mittelalter die arabischen Ärzte. Nach Ali-Abas äussert sich die Psoriasis in dem Ausbruch einer sogenannten Pappel, die mit Rauhigkeit, Jucken, Rissen in der Haut und dem Erscheinen kleienartiger Schuppen begleitet ist.

Erst am Ende des 18. Jahrhunderts wurde die Psoriasis als Krankheit sui generis von Robert Willan beschrieben.

Die Ätiologie der Psoriasis ist noch vollständig unaufgeklärt. Es werden mehrere Hypothesen ausgesprochen, aber keine von ihnen ist imstande, den Symptomenkomplex dieser Krankeit zu erhellen.

Gewisse klinische Merkmale liessen eine Zeit lang an eine parasitäre Ursache denken. Nach dem Erreger wurde eifrig gesucht, einige Autoren haben bezügliche positive Befunde mitgeteilt, so Lang, Wolff, Bizzozero u. a.

Nachuntersuchungen führten aber zu widersprechenden Ergebnissen und vor allem waren es die Untersuchungen von Ries an der Wolff'schen Klinik im Jahre 1887, die bewiesen, dass der am meisten als Psoriasis-Erreger genannte Pilz, das sogenannte Epidermidophyton, das Resultat eines Verseifungsprozesses war.

Nach Unna soll die gesunde Psoriasishaut einen Nährboden eigentümlicher Art darstellen, welcher den

durch Reiz des „Morococcus“ erzeugten Efflorescenzen einen besonderen Charakter aufprägt. Die meisten Versuche, die Schuppenflechte auf Tiere zu übertragen, sind negativ ausgefallen. Es wurden wohl einige Fälle von Übertragung der Psoriasis von Kranken auf Gesunde mitgeteilt: Erkrankung eines Ehemannes nach mehrjährigem Zusammenleben mit einer psoriatischen Frau, Erkrankung der Kinder einer Familie, nachdem eine psoriatische Amme ins Haus gekommen war (Unna); ähnliche Beobachtungen wurden auch von Aubert, Trapesnikow u. a. mitgeteilt. Allein diese seltenen Fälle von angeblicher Übertragung von Psoriasis beruhen auf zufälliges, gleichzeitiges Auftreten der Erkrankung, und heutzutage sind doch so ziemlich alle Autoren darüber einig, dass die Psoriasis nicht übertragbar ist. Sicher steht, dass bei Psoriasis Arthopathien vorkommen, die in ätiologischem Zusammenhange mit dieser stehen. Bazin betrachtete die Psoriasis als eine meist vererbte, konstitutionelle Diathese, die entweder arthritischen oder herpetischen Ursprunges ist; während Hardy eine unbekannte innere Ursache, die darthröse Diathese annahm.

Seit langem ist die Coincidenz der Psoriasis mit gichtischen Erkrankungen beobachtet. Schon bei Galen findet sich die Bemerkung, dass mehrere der „schuppichten“ Hautkrankheiten von Podagra und rheumatischen Beschwerden herrühren.

Robert Willan hat in Bestätigung dieser Beobachtung die Psoriasis und besonders ihre hartnäckige Form, „die sogenannte Psoriasis Inveterata, zuweilen in Verbindung mit arthritischen Beschwerden oder abwechselnd mit ihnen vorkommen sehen“.

Devergie bemerkt, dass die Gelenke der Finger und Zehen bei chronischem Podagra und Rheumatismus weniger beweglich und endlich krumm werden, ohne

eigentliche Tophi aufzuweisen. Ebenso wird von Scherwell, Campbell u. a. auf die Neigung von Psoriatikern zu Gicht und Rheumatismus hingewiesen.

Bourdillon berichtet über 36 Fälle von Psoriasis, verbunden mit Gelenkleiden. Er leugnet nicht die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens von Rheumatismus und Psoriasis, doch hält er dies für eine zu zwangsmässige Erklärung bei einer so eigenartigen Häufigkeit dieses Doppelleidens. An der Hand seines gesammelten Materials macht er auf verschiedene Umstände aufmerksam, die bei einer grösseren oder kleineren Gruppe von Fällen Übereinstimmendes zeigen, um darzutun, dass man es hier nicht mit einem zufälligen Zusammentreffen, mit einer Art Gelenkrheumatismus oder mit Arthritis zu tun habe, sondern mit einer besonderen Art von Gelenkerkrankung.

Bourdillon ordnet aber diesen Gelenkrheumatismus, zumal er einigemale zugleich mit, ja sogar vor der Hauterkrankung erschien, dieser nicht unter, sondern bei, und nimmt als gemeinsame Ursache der beiden das Nervensystem an, und zwar speziell trophischen Einflusses. Bestärkt wird er in dieser Annahme dadurch, dass er, wie bereits oben bemerkt, bei den von ihm selbst beobachteten Fällen fast stets Nervenkrankheiten der Kranken selbst oder deren Vorfahren konstatieren konnte.

Für die Auffassung der Psoriasis als Nervenerkrankung sprechen folgende Tatsachen:

1. die Neigung der Effloreszenzen zu symmetrischem Auftreten;
2. das Auftreten im Bereich von bestimmten Nervengebieten (einseitiges Auftreten);
3. der chronische und berechenbare Verlauf;
4. die Neigung zu häufigen spontanen Remissionen,

die sogar bis zu völligem Verschwinden führen können;

5. die Unheilbarkeit, d. h. die bei jedem Falle bis zum Lebensende vorhandene Neigung zu Rezidiven, selbst wenn jahrelang überhaupt keine Erscheinungen vorhanden waren;
6. die nicht seltene Vererbung;
7. die Möglichkeit des Hervorrufens von Efflorescenzen durch örtliche Reize, z. B. sogar durch Chrysarobinbehandlung und endlich indirekt
8. das Fehlen des positiven Nachweises sowohl einer direkten Übertragung, als auch eines Krankheitserregers.

Auch wurde die funktionelle Schwäche des die Hauternährung regulierenden nervösen Zentrums als Ursache der Psoriasis beschuldigt.

Eine besondere Theorie hat Unna neben anderen Autoren aufgestellt, indem er die Psoriasis als ein weiteres Entwicklungsstadium des Eczema Seborrhoicum ansehen will.

Er glaubt, dass es unmöglich ist, histologisch wie klinisch, zwischen Eczema Seborrhoicum und Psoriasis eine scharfe Grenze zu ziehen; ja, er zählt sogar gewisse Formen von Psoriasis Vulgaris seinem Eczema Seborrhoicum zu.

Nach Unna soll die klinische Beobachtung die Annahme einer Identität der pathologischen Veränderungen des Eczema Seborrhoicum und der Psoriasis berechtigen. Denn bei beiden Prozessen deuten die klinisch hervorstechendsten Eigenschaften der Hautläsionen auf eine Verhornungsanomalie mit der Begleiterscheinung der Hyperämie hin, bei welcher es zu einer Verdünnung der suprapapillären Epithelschicht kommt. Er glaubt also, dass „die Psoriasis nur eine extreme, und zwar extrem

fettlose Modifikation des sehr variablen psoriatiformen Höhetypus des seborrhoischen Ekzems“ ist.

Nach unserer Ansicht ist zwischen beiden Erkrankungen nur insofern ein Zusammenhang, als dass bei einem Psoriatiker, der von einem seborrhoischen Eczem (aber auch von einem nicht-seborrhoischen) befallen wird, der Hautreiz, der durch die Entzündung bewirkt wird, imstande ist, psoriatische Efflorescenzen hervorzurufen. Niemals wird bei einem Seborrhoekranken, der die Disposition zur Psoriasis nicht besitzt an seinem seborrhoischen Eczem eine Psoriasis werden.

Die Ichthyosis finden wir erst bei den arabischen Ärzten Avizenna und Rhazes unter dem Namen Albarras Nigra beschrieben. Viel später und zwar im 18. Jahrhundert begegnen wir der Ichthyosis wieder bei Joh. Machin, der den Fall Lambert, der bekanntlich der Stammvater einer ganzen ichthyotischen Familie war, beschrieb, wie bei der Psoriasis war es wieder Robert Willan, der als erster die Ichthyosis in dem Sinne, wie sie heutzutage aufgefasst wird, definiert hat. Nach Willan soll es sich um eine Anomalie handeln, die sich durch eine angeborene Prädisposition der Haut zu übermässiger Hornhautbildung auszeichnet, und je nachdem entweder die Haut als Ganzes oder nur die Epithelialen Auskleidung der Follikel von dieser übermässigen Hornhautbildung betroffen sind, werden die daraus resultierenden Krankheitsbilder als Ichthyosis Diffusa oder als Ichthyosis Follicularis voneinander zu trennen sein. Heutzutage besteht wohl kein Zweifel über die Vererblichkeit der Ichthyosis.

Ausser der Heredität lässt sich kein anderes ätiologisches Moment der Ichthyosis mit einiger Begründung anführen, indem sowohl beide Geschlechter, als Personen verschiedenster Lebensweise, Standes, diverser Konstitu-

tion, der verschiensten Klimate, Rassen etc. in gleichem Verhältnisse an Ichthyosis erkranken. Einzelne Autoren wollen das Auftreten der Ichthyosis von Eczemen u. a. entzündlichen Prozessen der Limphgefässe und Venen abhängig machen; und in der Tat wird das Eczem bei Ichthyolikern öfters beobachtet. Die Ichthyosis und die Psoriasis, die also beide auf hereditärer Anlage beruhen, wurden in früheren Zeiten nie zusammen an einem und demselben Individuum beobachtet, weshalb Lesser noch im Jahre 1900 in seinem Lehrbuche von der Coincidenz von Psoriasis und Ichthyosis sagen konnte, dass diese Coincidenz eine grosse Seltenheit sei und es sei ihm bloss ein Fall bekannt, der in der Bresslauer Klinik beobachtet worden ist. Es handelte sich damals um einen 17jährigen an Ichthyosis mittleren Grades leidenden Kranken.

Lesser spricht, wie gesagt, von „einem einzigen Fall", während viel früher, und zwar im Jahre 1885, ein ähnlicher Fall bereits von Neumann beschrieben worden ist, und von welchen Beurmann in den „Annales de Dermatologie et syphiligraphie", 1905, p. 185 sagt: „La coïncidence de l'Ichthyose et de l'Eczema n'est pas rare, il n'est pas de même de celle de l'Ichthyose et du Psoriasis. Ce cas est le premier que Neumann ait observé et même le seul qui existerait dans la science".

Wir haben nun Gelegenheit gehabt in letzter Zeit an der Wolff'schen Klinik zu Strassburg 2 Fälle von Coincidenz von Psoriasis und Ichthyosis zu beobachten und bei dieser Gelegenheit haben wir bei der Durchsicht der Literatur noch 12 Fälle von solcher Coincidenz gefunden Es scheint also dass das Zusammentreffen von Psoriasis und Ichthyosis bei ein und demselben Patienten nicht so selten ist, und in Anbetracht dessen, dass die ausgesprochenen Fälle von Ichthyosis überhaupt selten

sind, ist es wahrscheinlich, dass diese Coincidenz der Psoriasis mit Ichthyosis nicht seltener ist als mit anderen Hautkrankheiten.

Was die Coincidenz der Psoriasis mit verhältnismässig wenig ausgesprochener Ichthyosis betrifft, so ist es sehr wahrscheinlich, dass sie viel häufiger vorkommt, als man es glaubt, und dass die irrtümliche Ansicht, nach der „das Vorhandensein von Ichthyosis eine gleichzeitige Erkrankung an Psoriasis ausschliesse“ (Herba) darauf beruht, dass man bei Fällen von Psoriasis und Ichthyosis leichten Grades nur auf die erstere achtet, ohne der Haut als solcher beondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Wir lassen jetzt die 12 Fälle aus der Literatur nebst unseren 2 klinischen folgen.

1. Erster Fall. Im Jahre 1885 stellt Neumann in der Wiener Dermat. Gesellschaft eine 24 jährige Patientin vor, deren Haut eine Ichthyosis Simplex und gleichzeitig eine psoriasiforme Eruption aufwies. Am Stamm und an der Streckflächen der Extremitäten war die Haut trocken und silberweis abschuppend, stellenweise war die Felderung der Haut bemerkbar. An Brust, Rücken und oberen Extremitäten zerstreut Linsen-, bis hellergrosse Efflorescenzen, die von der umgebenden Haut durch ihre braunrötliche Farbe abstechen; dieselben lagen im Niveau der Haut und zeigten in ihrem Zentrum die Epidermis von ganz dünner Zigarettenpapierartiger Beschaffenheit. Es handelt sich also hier um einen Fall von Psoriasis Vulgaris bei einem Ichthyosis behafteten Patienten.

Es ist selbstverständlich, dass Neumann mit Recht über die Richtigkeit seiner Diagnose zweifelte, da dieser Fall der erste war, von dem man überhaupt wusste. Mit viel mehr Sicherheit wurde die Diagnose in seinem

2. Zweiten Falle gestellt. (Mitgeteilt in d. „Verh. d. Wiener Dermat. Gesellschaft“ 1902.)

In diesem Falle von Neumann handelte es sich um einem 7jährigen Knaben. Die Haut am Stamm und an der Streckfläche der Extremitäten war mit festhaftenden, zarten, glänzenden Schüppchen bedeckt. Die Haut war überall trocken, nur an der Beugeseite der Gelenke von normaler Beschaffenheit. An der Streckfläche der unteren Extremitäten einzelne Erbsen- bis Kreuzergrosse Efflorescenzen, die braunrote Farbe und an ihrer Oberfläche Schuppenauflagerungen zeigten, nach deren Abkratzung der punktförmige blutende Pappillarkörper frei zutage liegt. Es bestand in diesem Falle die Coincidenz von Psoriasis Vulgaris und Ichthyosis Simplex.

Die psoriatischen Efflorescenzen waren in der Weise gegenüber den gewöhnlichen verändert, dass die Schuppen nicht den bekannten silberweisen Glanz aufwiesen, sondern mehr schmutzig-geblich waren.

3. Müller stellte in der „Wiener Dermat. Gesellschaft“ aus der Klinik Finger eine Patientin vor, die hyperkeratotische Auflagerungen an Innen- und Aussenflächen von Händen und Füssen mit allmählichem Übergang in die gesunde Umgebung zeigte. Ähnliche Auflagerungen fanden sich am Ellenbogen und Knie. Die entzündliche Komponente war infolge der Hyperkeratose wenig sichtbar, immerhin liess sich eine deutliche Rötung unter der Hornauflagerung wahrnehmen. Auffallend war der Mangel einer scharfen Begrenzung. Die Patientin gab an, an Händen und Füssen bereits seit 4 Jahren erkrankt zu sein, während die übrigen Plaques erst seit einigen Monaten bestanden. Neben diesen Affektionen bestand noch Ichthyosis Universalis. Es ist von Interesse, dass Riehl der Meinung war, dass man

diesen Fall unter den Keratosen, die der Ichthyosis nahestehen und gewöhnlich als atypische Form und Lokalisation derselben bezeichnet werden, einreihen muss; da Rötung mancher Herde an der Keratosis Palm. Hereditaria erinnerte. Trotz der Lokalisation an Knie und Ellbogen möchte Riehl die Diagnose: Coincidenz mit Psoriasis nicht annehmen, sondern alle Erscheinungen als die einer Atypischen Ichthyosis bezeichnen.

4. Beurmann und Gougerot beschreiben in den „Annales d. Derm. et Syphil." 1905 P. 873 einen Ichthyotiker dessen Krankheit auf die Kindheit zurückgeht: „er hat sich immer so gekannt". Weder seine Brüder noch Schwestern sind ichthyotisch. Der Patient hat eine Ichthyosis von mittlerer Intensität, die an den gewöhnlichen Körperstellen: Knieen, Händen, Armen lokalisiert ist. Die Ichthyosis ist verbunden mit tiefen Fissuren, die schmerzhaft und blutend sind, sodass der Patient oft seine Arbeit unterbrechen muss. In der Kindheit war die Krankheit wenig entwickelt, wurde aber durch seinen Beruf (Erdarbeiter) verstärkt. Die Ichthyosis ist am stärksten im Winter, vermindert sich im Sommer, ohne jedoch ganz zu verschwinden. Psoriasis besteht seit kurzer Zeit. Die ersten gegenwärtigen Erscheinungen bestehen seit 3 Monaten. Zahlreiche Plaques von ca. 3—5 cm im Durchmesser sind überall zerstreut: am Rücken, linken Hypochondrium, kleiner und seltener auf den dorsalen Teilen der Arme. Sie haben das typische Aussehen der psoriatischen Plaques: weise Schuppen, etwas heller im Zentrum, nach dessen Entfernung tritt der blutende Papillarkörper zu Tage. Die Haut ist wenig infiltriert. Die miskroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Starke Läsion in der Hornschicht der Haut, die stark verdickt ist (Hyperkeratose); körnige, abschilfernde Partien in der Granularschicht (Parakeratose) und

Hyperthrophie der Stachesschicht (Hyperacanthose): perivaskuläre Infiltration der Haut und kleine Pusteln (beschrieben von Sabouraud) zwischen den schuppenden Partien, eine über den andern gelagert, von denen die tieferliegenden dicker erscheinen, als die Oberflächlichen, welche durch Austreten von Leukocyten entstehen. Kein Zeichen von Eczem. An der Kopfhaut war noch die von Alivert beschriebene „teigne amiantacée", die gleichzeitig mit der Psoriasis angefangen hat.

Drei weitere Fälle wurden von Beyer in der „Wiener Klinisch. Woch." 1901, P. 824, mitgeteilt.

5. Im ersten Falle handelte es sich um eine 19jährige Frau deren Haut von jeher zur Schuppenbildung geneigt und von trockener Beschaffenheit war. Auf dem behaarten Kopf finden sich über grössere Strecken weissgelbe dicke Borkenauflagerungen und schmutzig-weisse Crustae Lamellosae vor. Unter denselben blasse Rötung der Haut, auf Druck verschwindend. Am Gesicht, an Stirn und Wangen und im Bereich der Ohren teils disperse, nummuläre, teils unregelmässig gestaltete, über grössere Flächen konfluierende Herde die auf geröteter Basis gelblichweisse Schuppenauflagerungen zeigen. Nach Abkratzen derselben tritt siebartige Blutung auf. Die Peripherie der beschriebenen Teile ist stark hyperämisch und weist Exsudation auf. Im Bereich der oberen Streckseite befallen; auch hier überwiegen diffuse Plaques über die isoliert stehenden nummulären und orbiculären Efflorescenzen. Ebenfalls sind hier erhebliche, weisslichgelbliche Schuppenauflagerungen vorhanden. An den unteren Extremitäten sind Beuge — wie Streckseiten in nahezu gleich intensiver Weise befallen. Die sehr stark entwickelten Schuppenauflagerungen sitzen auf stark geröteter, serös nässender Basis auf. Neben diesen beschriebenen Haut-

veränderungen ist noch eine abnorme Trockenheit der Haut in toto zu konstatieren, die von einer fast allen Körperregionen vorhandenen, kleienförmigen Abschilferung begleitet ist und das Bild einer Ichthyosis Nitida darbietet.

6. Der zweite Fall betrifft einen 8jährigen Knaben, dessen ganzer Körper von der Affektion beist. Auf dem behaarten Kopfe geringe, trockene, kleienförmige Abschuppung, dazwischendurch einige wenige, linsengrosse Blutschorfe. Im Gesichte befinden sich am Kinn und in der Wangengegend mehrere, circa thalergrosse Plaques von bräunlichroter Farbe, im Zentrum jedoch abgeblasst und deutlich abschuppend. Nach mechanischer Entfernung der Schuppen liegt die blutende Basis zutage. An der Streckseite des linken Vorderarmes befinden sich dicht unter dem Cubitalgelenk zwei zusammenhänge Plaques von Fünfmarkstückgrösse. Dieselben sind scharf begrenzt und zeigen reichliche Auflagerung schmutziggelber Schuppen. Die periphere Teile der Haut sind an einigen Stellen aufgekratzt, die hochrote, seröse nässende Papillarschicht tritt daselbst zutage.

Änliche Plaques sind an den Ober- und Unterschenkeln zu sehen.

Die Haut im ganzen fühlt sich trocken und rauh an. An den Streckseiten der Extremitäten finden sich dicht gedrängt blassrötliche Knötchen, mit Schuppenblättchen in ihrem Zentrum bedeckt. Eine etwas stärkere, schmutzigweise Desquamation an der Streckseite der Knie- und Ellenbogengelenke.

7. Als dritten Fall endlich beschrieb Beyer einen 33jährigen Reisenden, dessen Haut im allgemeinen elastisch ist und von normalem Fettgehalt. In der oberen Rückenhälfte finden sich vereinzelt follikuläre

Knötchen vor. An den Streckseiten der Extremitäten Lichen Pilaris angedeutet. An den Streckseiten der Ellenbogengelenke finden sich hirsenkorngrosse Efflorescenzen. Dieselben weisen auf geröteter, nicht infiltrierter Basis weissglänzende Schuppenauflagerungen auf. Bei mechanischer Entfernung derselben tritt siebartige Blutung der Basis zutage. Die Peripherie des Anus und des Skrotum zeigen lebhafte Rötung und Maceration des Epithels. Auf der Haut des Skrotum sind papilläre Efflorescenzen von circa Linsengrösse zur Entwicklung gekommen, die teilweise Schuppenauflagerungen zeigen, teils excoriiert sind und seröse Exsudation aufweisen. Ähnliche Efflorescenzen sind um den Nabel herum zu konstatieren.

Auf dem behaarten Kopfe sind in mässiger Anzahl disperse, rote Flecke zu sehen, mit weissen Schuppen bedeckt, dazwischen einige wenige mit Blutschorfen bedeckte Exkoriation. Die Nägel sämtlicher Zehe zeigen Ernährungsstörungen, insofern die Nagelsubstanz getrübt, unregelmässig nivelliert, trocken und brüchig ist und von zahlreichen Rinnen durchzogen wird. Die erkrankten Teile der Haut fühlen sich trocken an und schilfern leicht ab.

Fünf weitere Fälle wurden von Rille in Leipzig beobachtet, von denen nur der erste ausführlicher mitgeteilt worden ist. (Protokoll d. Leipzig. Med. Gesellschaft 1905.)

8. Im ersten Falle handelt es sich um einen 21jährigen Markthelfer. Die Verdickung der Hände und Füsse besteht seit früher Kindheit. Beide Handteller, am intensivsten die Daumen und Kleinfingerballen und ferner die Beugefläche der Fingerglieder, sowie die oberen Partien der Handfläche von einer schmutzig-gelben, schwielenartigen stellenweise mindestens 2 mm das Haut-

niveau überragenden hornigen Verdickuugen eingenommen, welche nirgend auf den Handrücken oder auf den Vorderarm übergreifen.

Innerhalb der verdickten Haut treten die normalen Furchen und Riffelungen stark aggraviert hervor. Die Linien in der Hohlhand, insbesondere die horizontale Furchen und die schräge Daumenwurzelfurche, sind gegenüber der Norm stark verbreitet, die Hornschicht derselben stark verdickt und geriffelt, doch rosarot gefärbt und infolge der hier recht intensiven Schweisssekretion mageriert. Die Fingernägel normal. —

An den Fussohlen betrifft die Verdickung die Ferse, den gesamten Aussenrand und die gegen die Basis der Zehen hin gelegene vorderste Partie der Planta.

Seit mehr als einem Jahre ist der Kranke mit Psoriasis Vulgaris behaftet. Es sind grössere Psoriasisherde, welche sich aus dichtgedrängten, pfenniggrossen, silberweiss abschuppenden, konfluierenden Einzelefflorenzen zusammensetzen, zu konstatieren. Bemerkenswert ist der Fall wegen der bisher noch nie beobachteten Coincidenz von Psoriasis und Keratome Hereditarium, welche Herba bekanntlich der Ichthyosis Localis Sive Partialis subsumierte.

9. Im zweiten Falle erwähnt von Kaufmann in seiner J.-D. 1904, handelte es sich um eine 43jährigen Maler, dessen Psoriasis vor 4 Jahren begann. Patient hat jährlich Rezidive, die stets behandelt wurden. Neben einer, über alle Regionen des Körpers verbreiteten Psoriasis, dessen Einzelefflorescenzen nummullärer Natur waren, fanden sich deutliche Zeichen von Ichthyosis.

Der dritter, vierter und fünfter Fälle, beschrieben von Krekeler, betreffen.

10. a) einen 23jährigen Kontorist mit leichter Ichthyosis. Gleichzeitig zeigt der Patient Psoriasis Vulgaris.

11. b) einen 65jährigen Nachtwächter mit Partieller Ichthyosis nebst Psoriasis Vulgaris und endlich

12. c) einen 27jährigen Kommis mit Ichthyosis Universalis und Ichthyosis Serpentina Facici und Psoriasis Vulgaris.

Zu diesen 12 Fällen von Coincidenz von Psoriasis und Ichthyosis die ich in der Literatur gefunden habe, kommen nun folgende 2 Fällen die ich an der Wolff'schen Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte, hinzu:

13. Erster Fall. Adolf F. 21 jähriger Eisenbahnarbeiter. Anamnese: Mutter lebt; ist gesund. Vater vor einigen Jahren an einer Herzkrankheit gestorben. Sämtliche Geschwister und Verwandte leiden an keinen Hautkrankheiten. —

Der Patient will bis zum 12. Lebensjahr vollkommen gesund gewesen sein, mit Ausnahme von leichten Husten und Schnupfen. Erste Erscheinungen von Psoriasis, die der Patient als „weisse borkige Flecke" bezeichnet, traten vor 9 Jahren auf. Sie haben am Kopfe angefangen und breiteten sich allmählich auf die übrigen Körperteile: Rücken, Brust, Lenden und Extremitäten aus. Der Patient wurde poliklinisch behandelt (Chrysarobin); die Erscheinungen gingen zurück, aber nach 6 Monaten traten sie wieder auf und zwar viel weniger intensiv und blieben so bis zum 20. Lebensjahr. Vor 9 Monaten wurde der Patient wieder mit Chrysarobin und Arsen behandelt und blieb bis vor 3 Monaten schuppenfrei.

Seit dieser Zeit erschienen die Schuppen wieder und viel intensiver als je früher.

Status praesens: Mittelgrosser, gut genährter Mann, von kräftigem Knochenbau. Innere Organe ohne Besonderheiten. Blut und Urin normal. Reflexe lebhaft.

Haut: ist von bräunlicher Farbe, sehr trocken,

leicht glänzend und abschilfend. Leichter Dermatographismus. Das klinische Bild der Ichthyosis, insbesondere an den Ellenbogen und Knien, wie es auch aus der Abbildung ersichtlich, ist sehr klar.

Der ganze Körper ist von psoriatischen Krusten bedeckt, die ziemlich symmetrisch lokalisiert sind und in der Grösse variieren: von kaum Linsen- bis Fünfmarkstückgrösse. An manchen Stellen, besonders am behaarten Kopfe, konfluieren sie und bedecken auf diese Weise ziemlich grosse Flächen.

Sie sind überall am Gesicht, an der Stirn, an den Extremitäten, an der linken Achselgegend, an der Brust, am Unterleib und Penis vorhanden. Hände und Füsse sind frei. —

Die kaum 1—1½ mm dicken Schuppen sind rund, scharf begrenzt, von silberweisser Farbe, die etwas intensiver im Zentrum ist. Wieder andere Schuppen liegen fast im Niveau der Haut und zeigen in ihrem Zentrum die Epidermis von ganz dünner zigarettenpapierartiger Beschaffenheit. Entfernt man mechanisch die Krusten, dann liegt der blutige Papillarkörper zutage (Auspitzsche Zeichnung).

Es ist also klar, dass neben und sogar teilweise auf den ichthyotischen Veränderungen der Haut sich die psoriatischen Plaques entwickelt haben. —

Um Irrtümern vorzubeugen sind zwei Probeexcisionen und zwar: eine aus einer mit psoriatischer Schuppe behafteten Stelle und die andere aus der frei gebliebenen Haut, gemacht worden, die die klinische Diagnose bestätigten.

Histologie: Am ichthyotisch veränderten Präparat sieht man, dass das Feld von der Hyperkerathose beherrscht ist. Die Dicke der Stachelschicht hat im ganzen abgenommen und sich in vielen Teilen in ein horizontales Hornlager umgewandelt. Überall fehlt die Körnerschicht. Die Hornzellen sind kernlos und sogar auffallend homogen.

Auffallend ist die Kleinheit der Epithelien. Die Schweissporen sind normal. Der Papillarkörper ist etwas zellenreicher als es der Norm entspricht. Das elastische Gewebe ist unverändert geblieben. Die schrägen Hautmuskeln sind etwas hypertropisch.

Am psoriatischen Präparat sind die Epithelwucherungen, Parakeratose, Gefässerweiterung, sowie mehrere Rundzellenherde in dem Papillarkörper und in der Cutis auffallend. In der Hornschicht mehr Körne, als es dem normalen Bilde entspricht, die nicht vollkommen verhornt sind. Die Papillen sind etwas vergrössert, die Epithelien gewuchert. — Der Patient wurde anfänglich mit Enesol, welches neuerdings von Gaucher warm empfohlen war, behandelt, aber ohne irgendwelchen Erfolg. Nach mehrmaliger Applikation von Chrysarobin und einer Arsenkur (Sol. Fowleri) verschwanden sämtliche psoriatische Veränderungen.

Zweiter Fall: O. K. 23jähriger Bergmann.

Anamnese: Mutter ist an Diphtherie gestorben. Vater lebt und ist gesund. Der Patient will nie ernstlich krank

gewesen sein. Er leidet seit 1911 an heftigen Kopfschmerzen; macht den Eindruck eines neuropatischen Individuums, was damit in Zusammenhang stehen mag.

Im Anfang 1911 bemerkte der Patient zwei Zweimarkstückgrosse, runde, weisse Schuppen an den Knien gleichzeitig auftreten.

Kurz nachdem erschienen sie auch an den Armen und verschwanden ohne Behandlung nach ca. 3 Monaten.

Status praesens: Ein mittelgrosser Mann, von grazilem Knochenbau und geringem Panicalus adiposus. Innere Organe oder Besonderheiten. Urin und Blut normal. Die Hauptlokalisation der jetzigen psoriatischen Veränderungen ist der behaarte Kopf.

Es sind vorläufig nur zwei kleinhandtellergrosse Schuppen zu konstatieren, die sich berühren. Sie sind scharf von der übrigen Haut abgegrenzt. Ihre Ränder sind etwas gerötet und infiltriert; im Zentrum ist die Epidermis sehr dünn, trocken und von silberweisser Farbe.

Der ganze Körper, insbesondere die Extremitäten zeigen deutliche ichthyotische Veränderungen.

Die Haut ist sehr trocken, um die Haare etwas hervorspringend und schilfert leicht ab.

Die klinische Diagnose lautete: Psoriasis und Ichthyosis Follicularis.

Die Behandlung mit Drew'scher Salbe brachte die Schuppen zum Schwund.

Histologische Untersuchungen konnten keine gemacht werden, da der Patient die Exzision der Hautstücke verweigerte.

Wir gehen jetzt zur allgemeinen Betrachtung der oben angeführten Fälle über.

Es bleibt noch jedenfalls immer unentschieden, ob mechanische Reize eine ätiologische oder provozierende

Rolle spielen. Es sei an den Fall Koebners zu erinnern, in dem sich die Psoriasis-Efflorescenzen in Exkoriationen. Biss eines Pferdes und Tätowierung, entwickelten; es finden sich auch andere ähnliche Fälle in der Literatur erwähnt, mit Lokalisation der Affektion in Nadelrissen, in Zeichen nach Schröpfköpfen, nach Abschabung mit scharfen Löffeln, nach Druck einer Bandage etc., und es ist ja nicht selten, dass Nägelrisse zur Entwicklung von Psoriasis beitragen. Auch sei hier erwähnt, dass thermische und chemische Einflüsse ähnliche Wirkung hervorrufen können. —

Dieses Verhältnis der Psoriasis zu Irritationen, das sich genau an ihr Verhältnis zu verschiedenen Exanthemen anschliesst, findet sich zum Teil bei verschiedenen anderen Hautleiden wieder und zwar hauptsächlich beim Eczem, das wir als Komplikation bei einzelnen unserer Patienten finden. — (Fälle 5, 6, u. 7.)

Bei Ichthyotikern, welche an Psoriasis erkranken, wird die Form der Schuppenflechte in keiner Weise durch die vorhandene Ichthyosis beeinflusst. Wir finden mannigfaltige Bilder und zwar: Psoriasis Nummularis (F. 7), Psoriasis Guttata (F. 4), Psoriasis Vulgaris etc. Die Ichthyosis befiel in den meisten Fällen den ganzen Körper unter dem Bilde der Ichthyosis Universalis und nur in 2 Fällen (FF. 4 u. 8) blieb sie an den Händen lokalisiert unter dem Bilde der Ichthyosis Palmare et Plantare. Auch die Lokalisation der Psoriasis zeigt keine Abweichung von derjenigen, welche bei Patienten mit normaler Haut zur Beobachtung kommt. Wir möchten noch hervorheben, dass keiner der hier in Betracht kommenden Patienten an irgend welcher Gelenkaffektion litt.

In den in der Literatur befindlichen Fällen von Coincidenz, von Psoriasis und Ichthyosis sind verschie-

dene histologische Befunde gemacht worden, die wir hier anführen wollen. Es geht daraus hervor, dass die pathologischen Veränderungen der Psoriasis und Ichthyosis in ein und derselben Haut zur Entwicklung kommen können, nicht immer aber mit gleicher Itensität, zum Ausdruck kommen. —

Wir sehen, dass die typischen psoriatischen Prozesse, wie Veränderung im Bindegewebe, in einer Verlängerung der Papillen und einer reichlichen Infiltration um die ausgedehnten und in die Länge gezogenen Papillargefässe bestehen, daher beim Kratzen leichtes Bluten bei sämtlichen Patienten, da dadurch die Papillarschlingen frei gelegt werden.

Die Infiltration geht nur bis in das Gebiet des Rete subpapillare. Es wurde den Leukocyten, insbesondere von Sabouraud, eine wichtige ätiologische Rolle für das Zustandekommen der Psoriasis-Efflorescenz zugeschrieben. Doch fanden andere um so weniger Leukocyten, je jünger die Efflorescenz war, je sauberer sie gehalten wurde und weniger sie chemischen und mechanischen Insulten ausgesetzt war.

Die Veränderung der Epidermis äussert sich hauptsächlich in einer, die Reteleisten betreffende Hyperakanthose (F. 4).

Das Deckepithel der Papillen ist meist nicht nur nicht verbreitert, sondern verschmälert, was wahrscheinlich auf eine Dehnung durch die in die Länge gezogenen Papillen zurückgeführt werden kann. Die Leisten dagegen reichen bedeutend tiefer, als normal. Die einzelnen Zellen des Stratum germinativum zeigen in keinem der Fälle bedeutende pathologische Veränderungen. Dagegen ist das Stratum granulosum stellenweise als diskontinuierliche Schicht erkennbar. An anderen Stellen wieder normal oder hie und da verdickt (F. 13).

Die Hornschicht ist, den Verhältnissen des Statum Granulosum entsprechend, hyperkeratotisch. Die elastischen Fasern sind kaum in Mitleidenschaft gezogen.

In dem von de Beurmann beschriebenen Fall (F. III) bestand eine sehr ausgesprochene Parakeratose, die bekanntlich bei älteren Fällen mehr in den Hintergrund tritt, ohne aber gänzlich zu verschwinden, und an deren Platz eine Hyperkeratose zur Entwicklung kam.

Was die ichthyotischen Veränderungen anlangt, möchte ich bemerken, dass dieselben nicht in sämtlichen Fällen mit gleicher Itensität, zum Ausdruck komme. In einigen Fällen stellen sie die niedersten Grade der Erkrankung dar, die man häufig als Ichthyosis Simplex bezeichnet, (FF. 1, 2, 9, 10 u. 11) und die fast an die physiologische Desquamation grenzen. In den übrigen dagegen fand man die Haut sehr trocken, rauh, und die charakteristischen Erscheinungen der Erkrankung lokalisiert an den Streckseiten der Extremitäten — warzenartig verdickte und schuppende Hornschicht über den Ellbogen und Knieen. In den F. F. 12 und 13 blieb die Ichthyosis nicht auf ihre Prädilektionsstellen beschränkt, sondern breitete sich über den ganzen Körper aus und bildete auf diese Weise das Bild der Ichthyosis Universalis. Wenn auch über die typischen mikroskopischen Erscheinungen der Ichthyosis noch keine vollkommene Übereinstimmung herrscht, können wir doch auf Grund der mikroskopischen Untersuchungen von de Beurmann und der unserigen annehmen, dass wir es in diesen Fällen mit einer ichthyotischen Haut zu tun haben, auf deren Grund sich die psoriatischen Plaques entwickelt haben.

Die Hornschicht war ungleichmässig, aber fast überall verdickt. Sie enthielt keine tingiblen Kerne. Das Rete Malpighii war, besonders im Fall 13, verdünnt, in

anderen aber, und speziell im Fall 5 verdickt (Hyperakanthose). Der Hornverdickung entsprechend sind die Reteleisten und die Papillen in die Länge gewachsen. Das Vorhandensein von Leukociten wurde schon oben erwähnt. Die Schweiss- und Talgdrüsen blieben normal, vielleicht etwas verkleinert. Die elastischen Fasern sind fast unverändert, die Hautmuskeln etwas verdickt.

Differentialdiagnostich kamen nur wenige Affektionen der Haut in Betracht. In Bezug auf die Psoriasis, das Eczem, Pitiryasis Rosea und gewisse Formen von Lues (F. 14).

Mit dem Eczem hat die Psoriasis auch histologisch viel Ähnlichkeit, sodass man es wohl verstehen kann, dass manche Autoren beide Krankheiten identifizieren. Es lassen sich aber doch Unterschiede feststellen, die eine Sonderung beider Prozesse berechtigt erscheinen lassen.

Der Psoriasis fehlen erstens die Spongiose, ferner beschränkt sich die Akanthose auf die Reteleisten, ausserdem ist die Hyperakanthose stärker, als sie in der Regel dem Eczem zukommt, und ist regelmässig vorhanden, während sie beim Eczem fehlen kann.

Die Pitiryasis Rosea zeigt niemals die Verlängerung der Reteleisten, sondern es besteht bei dieser Affection nur eine geringe Verbreitung der ganzen Epidermis, die auf leichte seröse Durchtränkung zurückzuführen ist. Eine Akanthose fehlt hier also vollkommen.

Den Siphiliden gegenüber wird die Psoriasis hauptsächlich dadurch differenziert, dass bei ihr Plasmazellen fehlen.

Auch wird das Infiltrat bei den überhaupt in Betracht kommenden Syphiliden meist viel dichter sein als bei der Psoriasis, endlich fehlt den Syphiliden die Hyperacanthose.

Zwischen Fällen von lokalisierter Ichthyosis und manchen anderen Hyperkeratosen, deren selbständige Stellung noch vielfach strittig ist, ist die Differentialdiagnose schwierig.

Von der Keratosis Follicularis Contagiosa unterscheiden sich unsere mikroskopischen Befunde hauptsächlich durch den Mangel eines dichten Infiltrates, das man bei der Affektion gewöhnlich findet.

Was die abnorme Pigmentierung betrifft, die in mehreren der Fälle sehr ausgesprochen war, wird hauptsächlich auf die Ichthyosis zurückzuführen sein, die bekanntlich eine dunklere Pigmentierung hinterlässt.

Das Auftreten der Psoriasis bei Ichthyosis ist dadurch erklärlich, das die Disposition zur Psoriasis, sowie diejenige zur Ichthyosis zufälligerweise durch Heredität zu gleicher Zeit auf dasselbe Individuum fallen. Sollte ein Psoriasis Parasit wirklich existieren, wie es manche glauben, dann würde das Auftreten der Psoriasis ohne weiteres erklärlich, würde aber jedenfalls viel häufiger beobachtet werden, wie das der Fall für das gleichzeitige Auftreten des parasitären Eczems mit der Psoriasis der Fall ist.

Wir haben auch die Fälle von Rille und de Beurmann, die unter dem Namen „Keratoma Palmare et Plantare Hereditarium“ beschrieben wurden, als eine Ichthyosis angesehen, da wir es für bewiesen halten, dass es sich in ähnlichen Fällen um eine Ichthyosis handelt, wenn auch einige Autoren sie für eine selbständige Krankheit halten. Ich möchte dazu bemerken, dass es gerade die abnorme Lokalisation dieser Hornhautverdickung, an den Handtellern und Fussohlen war, die dazu Anlass gab, ein eigenes Krankheitsbild aufzustellen, indem man davon ausging, dass die Ichthyosis jene Stellen überhaupt nicht befällt. Es wurde aber schon

längst von Kaposi das Vorkommen von Ichthyosis an diesen Stellen erkannt. Bei ihm heisst es:

Flachhand und Fussohle sind in der Regel verschont, doch gibt es Fälle, in welchen diese ebenfalls oder gar ausschliesslich von schwieliger Epidermis und hornigen Excrescenzen das ganze Leben hindurch besetzt sind — Ichthyosis Localis. Von Wolff wird diese Meinung dadurch unterstützt, dass er in einigen Familien typische Ichthyosis und Keratose abwechselnd auftreten sah.

Für gewöhnlich sind das die normalen typischen Fälle, bei denen die Ichthyosis an Rumpf und Streckseiten der Gliedmassen auftritt. Aber die Ichthyosis kann, wie jede andere Krankheit, etwas von der Norm abweichen und eine atypische Form annehmen, was sie eben durch ihre besondere Lokalisation an Händen und Füssen, sowie auch manchmal durch Auftreten an den sonst freibleibenden Hautstellen, während die gewöhnlich befallenen frei bleiben Das heisst aber nicht, dass wir eine andere Hautaffektion vor uns haben, sondern wir haben es dann mit einer abnorm lokalisierten Ichthyosis zu tun, die in ihrem Wesen nicht von den typischen Fällen abweicht. Unsere oben erwähnten 14 Fälle sind freilich noch nicht zahlreich genug, um irgendwelche sichere Schlüsse daraus ziehen zu können. Wir dürfen aber vorläufig annehmen:

1. dass die Annahme Hebras „dass das Vorhandensein von Ichthyosis eine gleichzeitige Erkrankung an Psoriasis ausschliesse, insofern unrichtig ist, als solch eine Coincidenz in 14 Fällen sicher nachgewiesen ist;

2. dass die Psoriasis nicht nur neben, sondern auch an Ichthyoxtisch veränderter Haut vorkommen kann;

3. dass die Coincidenz der Psoriasis mit Ichthyosis häufiger vorkommt, als gewöhnlich angenommen wird, weil der Mangel an solchen Beobachtungen darauf beruht, dass die ausgesprochenen Fälle von Ichthyosis überhaupt sehr selten sind und dass man beim Zusammentreffen von Psoriasis und den leichten Graden der Ichthyosis nur auf die erstere achtet ohne der Haut als solcher besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Literatur.

1. Alpar, Ungar. Dermat. Gesellschaft. 27. April 1899.
2. Bazin, Leçons théorétiques et cliniques sur les affections de la peau de nature arthritique dartreuse. 1868.
3. Beurmann et Gougerot, Annales d. Derm. et Syphilis. 1905. p 873.
4. Beyer, Wien. klin. Woch. 1901, Nr. 35, P. 824, 825.
5. British Journal of Dermat., Vol. 4, P. 119.
6. „ „ „ „ „ 21, P. 165.
7. Bourdillon, Psoriasis et arthropathies, Paris, 1888.
8. Conradi, Klin. Analyse über 2500 Fälle von Psoriasis. I.-D. 1906, P. 35, 72.
9. Campbell, The relation between Eczem and Psoriasis. Arch. Derm. New-York, 1877.
10. Devergie, Traité des maladies de la peau. 1854.
11. Eger, Psoriasis und Gelenkleiden, Berl. klin. Woch. 1895.
12. Elliot, Relation of Seborrh, Eczem to other Skin diseases, New-York Med. Journal. 1895.
13. Gross, S., Wiener klin. Woch. 1899.
14. Gerhard, Verhältnis von Psoriasis zu Gelenkrheumatismus. Berl. klin. Woch. 1894. P. 86.
15. Hebra, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 2. Auflage. I. Bd.
16. Herz, Psoriasis und Arthropathien. Wien. klin. Woch. 1896.
17. Kaufmann, Zur Kenntnis d. Psoriasis vulgaris. J.-D. 1904, P. 29.
18. Krekeler, Zur Statistik d. Psoriasis vulgaris, J.-D. 1912. P. 45.
19. Lesser, Ziemsens Handbuch, Auflage 1883. P. 476.
20. Müller, Arch. f. Derm. und Syphilis. 1913. Band 115. P. 404.
21. Myrtle, Eczem and Psoriasis, Lancet. 1887.
22. Mraczek, Psoriasis im Hand. d. Hantkrankheiten. I. Aufl. B. 2.
23. -- Ichthyosis „ „ „ „ I. „ B. 3.
24. Mors, Monatshefte für prakt. Derm. 1893. Band 16. P. 331.
25. Nielsen, „ „ „ „ 1892. „ 15. P. 317, 365.

26. Polotebnoff, Psoriasis. St. Petersburger med. Woch.
27. Paschel, Psoriasis. J.-D. Berlin. 1897.
28. Rille, Ichthyosis in Lessers Encyklopädie d. Hautkrankheiten. 1904. P. 243.
29. — Protokoll d. Leipziger Med. Gesellsch., 27. Juni 1905.
30. Schuler, Ichthyosis. J.-D. Strassburg, 1903.
31. Toeroek, Psoriasis, Monatshefte für prakt. Derm. u. Syphilis. 1894. B. 18. P. 317.
32. — Seborrhoe, Monatsh. für prakt. Derm. u. Syphilis. 1894. B. 47.
33. Unna, Seborrhoisches Eczem. Monatsh. f. prakt. Derm. u. Syph. Band 17 und 18.
34. Wolff, Psoriasis, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1893.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit „Über die Coincidenz von Psoriasis und Ichthyosis“ Manuel Zamoschin wurde in Janovka (Russland) am 11. Februar 1889, als Sohn des Arztes Boris Zamoschin, geboren.

Besuchte dortselbst die Volksschule und dann das Privatgymnasium „Rowniakow“. Setzte dann seine gymnasialstudien an dem „Zentral-Gymnasium“ zu Philadelphia (Ver. Staaten) fort und im Jahre 1908 bestand er den Eintrittsexamen an der Hochschule des Staats Pennsylvanien und studierte in der letzteren bis Frühling 1911. Hierauf bezog er die Universität Strassburg (Elsass), wo er die ganze Zeit über studierte und hörte die Vorlesungen der Herren Professoren Madelung, Fehling, Wenckebach, Chiari, Uhlenhuth, Wollenberg, Czerny, Salge, Meyer, Wolff, Schmiedeberg, Schwalbe, v. Tabora, Dreyfuss, Ewald, Ledderhose, Ehret und Guleke.